



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UnICEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

O MÉTODO BABY-LED WEANING COMO ESTRATÉGIA PARA
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Luísa Propato Sandoval
Simone Gonçalves de Almeida

Brasília, 2018

1 INTRODUÇÃO

Há muitas transformações durante os primeiros anos de vida de uma criança, demandando então de atenção plena, contemplando todas as necessidades nutricionais em cada fase. Até os seis meses, o leite materno é a única fonte de alimento que atende a todos os requisitos sem ocasionar nenhum prejuízo, agindo como fonte de nutriente, fortalecendo o sistema imunológico da criança e a musculatura da face. A alimentação complementar, no devido momento em que for introduzida, deve seguir com a mesma cautela, respeitando a identidade cultural familiar e características nutricionais adequadas (BRASIL, 2013).

Os efeitos de desnutrição possuem grande impacto no decorrer do desenvolvimento infantil, com maior incidência de infecções e crescimento deficiente em relação ao peso e altura; portanto, da adolescência em diante, pode acarretar limitação da produtividade e baixo rendimento escolar, desenvolvimento social e intelectual prejudicados e maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2002).

O Ministério da Saúde recomenda, desde 2001, uma introdução gradual de alimentos a partir dos seis meses de idade, com alterações de consistências à medida que ocorre o amadurecimento da criança (BRASIL, 2013). De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), desde os seis meses, a criança consegue sustentar-se sozinha e é nesse período também que o reflexo de protrusão é extinguido e a língua torna-se capaz de movimentar-se voluntariamente. A partir de tais evidências, o método *Baby-Led Weaning* (BLW) propõe uma forma de introdução de alimentos sem o primeiro estágio de purês e comidas liquidificadas, partindo direto para alimentos na forma sólida, cozidos e cortados em tamanhos adequados para as dimensões do bebê (RAPLEY; MURKETT, 2008).

Dessa forma, o presente estudo busca reunir indícios para analisar o método BLW como uma possível estratégia de alimentação complementar dando suporte e opções para alcançar resultados favoráveis, verificando se as ações do BLW atingem as expectativas do Ministério da Saúde, de modo a não prejudicar o desenvolvimento de crianças a partir de seis meses.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura integrativa que revisitou informações referentes ao *Baby-Led Weaning* (BLW) para verificar o uso do método na introdução alimentar.

2.2 Metodologia

A revisão foi embasada em artigos científicos, revistas estrangeiras, livros e documentos oficiais de sociedades reconhecidas e órgãos do governo. Todos os arquivos pesquisados se encontraram na faixa temporal do ano 2008 até 2018, sendo de idiomas português e inglês. As bases de dados utilizadas foram EBSCOhost, Pudmed, BMJ Open e BMC Pediatrics e os descritores em português foram: introdução alimentar, desmame, alimentação infantil e recomendações nutricionais; e em inglês: *child nutrition, weaning, complementary feeding*.

2.3 Análise de dados

O método de seleção foi definido pelo resumo do artigo selecionado para, posteriormente, ser analisado quanto ao texto na íntegra. Foram selecionados 17 artigos que apresentavam as vantagens do método, sua relação fisiológica e comparações com a metodologia convencional. Não foram incluídos artigos que não se relacionavam com introdução alimentar e não se encontravam no período pré-estabelecido.

Em seguida, empreendeu-se uma leitura minuciosa e crítica dos manuscritos para identificação dos núcleos de sentido de cada texto e posterior agrupamento de subtemas que sintetizem as produções.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A primeira determinação do Ministério da Saúde (MS) no Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos (2013) afirma que o lactente só estará pronto para iniciar a alimentação complementar a partir dos seis meses. Muito do descumprimento em relação à essa orientação tem fundamento na ideia de que o leite materno não é suficiente para o desenvolvimento, seja por supor que o lactente necessita de maior aporte energético ou porque o leite não provê a quantidade que lhe é desejada. De acordo com as evidências atuais, introduzir alimentos antes de atingir seis meses não oferece vantagem no crescimento.

Enquanto o método BLW não estabelece a quantidade de vezes que a criança deve se alimentar de sólidos, o MS especifica que a dieta durante a introdução deve ser composta de três refeições, se a criança ainda estiver amamentando. Além disso, a consistência também sofrerá alterações de forma gradual e progressiva, aumentando até se igualar à consistência normal (BRASIL, 2013).

Há argumentos em torno de introduzir alimentos aos quatro meses que objetiva diminuir a morbidade em países em desenvolvimento (PRESCOTT et al., 2008), porém o MS determina que quando a criança estiver entre os seis e sete meses, deve-se introduzir papa de fruta e papa salgada e só ao completar oito meses que deverá ingressar nos hábitos alimentares da família progredindo até os 12 meses (BRASIL, 2013).

3.2 CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO *BABY-LED WEANING*

Nos países em desenvolvimento é comum observar purês sendo introduzidos muitas vezes contra a vontade da própria criança. Essa ação tem sido analisada e criticada, em relação ao desenvolvimento social e de habilidades alimentares, como coercitiva (WRIGHT et al., 2011). O desmame guiado pelo lactente é descrito como uma mudança gradual dos hábitos alimentares, substituindo parte do consumo do leite materno por alimentos em sua forma sólida. Em maior frequência, a responsabilidade por essa transição recai sobre os pais, definindo a fase em que ocorrerá. O método,

porém, consiste em dar autonomia para a criança, propondo iniciar a alimentação complementar durante as refeições familiares, dispondo as opções de alimentos já manipulados nas proporções adequadas para que possa escolher qual comida e o momento em que irá ingeri-la. Dessa forma, a criança controlará suas práticas alimentares de acordo com sua saciedade e preferência (RAPLEY; MURKETT, 2008).

Rapley e Murkett (2008) afirmam que o bebê deverá manter o leite como fonte principal de alimentação até conseguir pegar a quantidade de alimentos sólidos que seria nutricionalmente ideal para seu desenvolvimento. O método BLW respeita o ritmo do lactente da mesma forma que a amamentação é por livre demanda e, dessa forma, pode prevenir obesidade infantil (ARDEN; ABBOTT, 2015).

Seguindo a recomendação atual sobre alimentação complementar, o momento apropriado para o início da introdução de outros alimentos além do leite deve ser a partir dos seis meses (BRASIL, 2013). Houve um período em que a recomendação apresentava a idade favorável de quatro meses, porém o desenvolvimento físico e fisiológico do lactente não permitia que se alimentasse de outra forma que não por meio de purês e alimentos batidos (CAMERON; HEATH, 2012a). O método BLW confia na capacidade da criança de apanhar o alimento e mastigar sozinha, portanto essa característica isolada seria suficiente para definir a idade de introdução alimentar (ARDEN; ABBOTT, 2015).

No estudo de Morinson et al. (2016), foi relatado que mulheres que utilizavam o método BLW na introdução alimentar de seus filhos, amamentaram durante uma média de oito semanas a mais em relação às mães que utilizavam purês e alimentos amassados. Ainda nessa pesquisa, o grupo que empregava o método BLW introduziu alimentos três semanas mais tarde que a metodologia tradicional.

Em Cameron et al. (2012b), algumas mães optaram pelo método por ser mais fácil do que preparar purês e mais barato do que comprar papinhas prontas, outras optaram pela maior tranquilidade durante as refeições pois não precisariam se preocupar em alimentar seu bebê enquanto se alimentavam. Seis mães em 20, sentiram grande liberdade em não ter de seguir um passo a passo durante a alimentação complementar.

3.3 PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DO MÉTODO BLW

3.3.1 Composição corporal

Um dos possíveis problemas no método BLW seria a influência na composição corporal da criança. Sendo assim, deve-se atentar ao balanço dietético, já que um elevado consumo de proteína, atingindo 4g por quilograma de peso ao dia ou mais, entre os 8 e 24 meses de idade foi relacionado com obesidade e sobrepeso na infância. Nesse caso, evidencia-se que o papel dos responsáveis pelas opções de alimentos que serão ofertados é de extrema importância para que a escolha seja feita sem que desrespeite as necessidades nutricionais do bebê. Além do excesso de proteína, uma dieta hipercalórica também eleva a chance de ocorrência de obesidade infantil (AGOSTONI et al., 2008).

Lakshamn et al. (2017) discutem sobre a autorregulação que o bebê desenvolveria com o emprego da estratégia do BLW, que assim seguiria seus instintos naturais de saciedade, diminuindo a gula e alimentação motivada por emoções, mas que esse senso de independência só afetaria as decisões a respeito da alimentação nas fases tardias da infância. Dessa forma, a supervisão de pais e acompanhantes teria valor no momento de restringir quantidades até que a criança aprenda e consiga aplicar por si só.

Alguns pais que retêm o controle da alimentação da criança interferem na quantidade ofertada e podem, assim, subestimar ou superestimar a real necessidade calórica da criança. Mães que percebem que seus filhos são menores ou apresentam baixo peso tem maior propensão de introduzir alimentos sólidos antes do recomendado. Relatos de dietas restritivas estão associadas ao receio de obesidade ao longo da infância, porém Gross et al. (2011) citam que essa atitude pode gerar compensação exacerbada quando a criança dominar o ato de se alimentar.

De acordo com a análise de Brown e Lee (2011), mães que aplicavam o método BLW mostravam, independente do peso da criança, menos preocupação em relação ao seu desenvolvimento corporal, diferentemente das mães que seguiam a técnica de alimentação complementar tradicional. Esse resultado indica confiança na capacidade de percepção de saciedade da criança quando são elas que decidem o momento de iniciar e encerrar as refeições.

Apesar de existir risco de baixo-peso na infância aplicando o método BLW, muitas mães não compreendem que o estado nutricional em que seu filho ou filha se encontra não necessariamente está abaixo do desejo, e isso se respalda no pensamento de que crianças mais gordas estão mais saudáveis (CAMERON et al., 2012b).

3.3.2 Qualidade da dieta

Foi constatado que apenas 26% das crianças com seis meses de idade avaliadas no estudo de Carletti et al. (2017) tinham a dieta composta de leite materno e alimentação complementar, sendo que apenas 14% receberam o primeiro alimento sólido a partir dos 6 meses, indo de frente com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009). No mesmo estudo, foi verificado que menos da metade das crianças (45%) foi apresentada aos sete grupos alimentares, significando baixa diversidade, o que tem como consequência deficiências de micronutrientes.

Wright et al. (2011) observaram em sua pesquisa que as comidas mais ofertadas eram pães e biscoitos; seguidos de 20% de frutas e vegetais, 2% de carnes e 5% de doces. Já no estudo de Morison et al. (2016), foi avaliado que crianças alimentadas pela metodologia BLW ingeriam quantidades maiores de gordura total, principalmente gordura saturada, do que crianças que eram alimentadas pela técnica tradicional. Ambos os métodos apresentaram altas incidências de consumo em relação às frutas, vegetais e comidas industrializadas feitas para bebês (96%, 94% e 59%, respectivamente). Os resultados obtidos quanto à ingestão total de energia, de açúcar ou de sódio, revelaram que os dois grupos não expressaram diferença significativa, mesmo os valores energéticos estando acima da Necessidade Estimada de Energia (EER) para 7 meses. Para carboidrato, ferro e vitamina B12 houve dificuldade de ajuste de valores, permanecendo abaixo do *Adequate Intake* (AI). Se tratando de Zinco, 13,7% (5 integrantes do grupo BLW, 2 do método tradicional e 0 do grupo BLW parcial – consistido na alternância entre BLW e tradicional) não atingiram as recomendações. Outros valores acima do preconizado incluíam proteína, gordura, vitamina C e cálcio.

No estudo de Cameron et al. (2012b), realizado com 31 profissionais da saúde e 20 mães que informaram que faziam uso da estratégia, foi perguntado se o método

era adequado e todos os profissionais afirmaram que sim. Alguns profissionais acreditam que, possivelmente, aconteceria deficiência de ferro e macronutrientes, por dois motivos principais: não conseguir equilibrar a dieta por meio da vontade da criança e perdas ocasionais de comida devido a acidentes e inapetência. Nesse caso, fica evidenciado o medo em não alcançar as necessidades calóricas podendo prejudicar a saúde da criança e até mesmo seu crescimento. Por outro lado, as mães que participaram do mesmo estudo sentiram que seus filhos estavam criando hábitos alimentares saudáveis ao escolherem muitas frutas e vegetais para comer. Algumas afirmaram que o leite materno atingiria as necessidades de ferro da idade (CAMERON et al., 2012b).

3.3.4 Padrão alimentar familiar

A frequência com que ocorrem problemas nutricionais ocasionou maior foco em programas de intervenção para evitar tanto o sobrepeso quanto a desnutrição, apesar disso não foi ressaltada, com devida importância, a relação com pais e responsáveis. (BLACK; ABOUD, 2011).

Black e Aboud (2011) apontam que para influenciar na mudança do padrão alimentar dos filhos, deve-se focar no comportamento parental, estabelecendo rotina e estrutura de alimentação saudável que poderá gerar uma atitude proativa derivada da criança em relação às suas preferências. De acordo com Rapley e Murkett (2008), a proposta no método BLW é de ofertar os mesmos alimentos que a família ingere, por isso há chances de tender para uma melhora nos hábitos alimentares da família.

De qualquer forma, nota-se que as características das pessoas que oferecem os alimentos influenciam na relação do bebê com o alimento e deste modo estabelecem os hábitos futuros (SILVA et al., 2016).

3.3.5 Habilidades motoras

Agostoni et al. (2008) menciona que, aos 6 meses, o desenvolvimento neurológico e motor permite que o lactente consiga sentar-se e controlar os músculos periféricos à boca, facilitando a ingestão de alimentos pastosos ou semilíquidos. Aos oito meses, a flexibilidade da língua auxilia na mastigação e na deglutição de

alimentos mais sólidos e em maior quantidade. Entre 9 e 12 meses, a criança já teria autonomia para alimentar-se sozinha da comida que a família consome. Fala ainda que caso não sejam introduzidos alimentos sólidos por volta de 10 meses, a criança pode ter problemas ao se alimentar por não ter sido exigida com maior intensidade a mastigação.

Cameron et al. (2012b) aplicou um questionário em profissionais da saúde e suas respostas apontaram que o método poderia estimular as habilidades de mastigação e, assim, a coordenação da boca mais precocemente por receber alimentos que exigiriam maior força e não apenas sucção. Além disso, obtiveram como resposta que o método também poderia estimular o controle com os dedos por promover maior manipulação com os alimentos sólidos.

Wright et al. (2011) apontaram, com base nas respostas obtidas de um questionário com 602 pais, que a idade em que o bebê tentou alcançar os alimentos não teve correlação com o tempo de aleitamento, mas sim com o momento em que começaram a falar e a andar. Crianças que tiveram interesse mais cedo pelos alimentos ofertados aos 12 meses tinham maior probabilidade de andar e falar nessa idade.

3.3.6 Risco de sufocamento

Apesar de ter sido reportado que existem episódios de sufocamento, Brown (2017) indica que o risco não é maior do que o método convencional. Em sua pesquisa, os resultados encontrados foram que 11,9% do grupo de BLW restrito, 15,5% do BLW não-restrito e 11,6% do tradicional engasgaram-se. Em relação ao tipo de alimento ofertado, 12,4% engasgaram-se com comidas cortadas em pedaços maiores, 2% engasgaram-se com purês e 11% com purê irregular, ou seja, com pedaços mais inteiros.

No estudo de Cameron et al. (2015), ocorreram 3 engasgos no total, sendo os alimentos causadores maçã crua e uva, que já foram associados a casos de morte por engasgo em crianças.

O maior receio observado na pesquisa de Cameron et al. (2012b) foi referente a asfixia causada por alimento, mas esse comentário veio principalmente dos profissionais que não haviam observado a aplicação do método. Eles comentaram

que algumas mães poderiam deixar a criança sem supervisão e, como não estariam desenvolvidas fisicamente para receber alimentos grandes, poderiam se engasgar. Acrescentaram que talvez a mãe não conseguiria respeitar o ritmo da criança e acabaria dando comidas maiores e mais difíceis de mastigar antes do tempo. Quase a maioria das mães (19/20) reportou episódios de engasgo, porém não foram considerados preocupantes e sim uma etapa pela qual os bebês passariam para aprender a quantidade que é possível deglutir.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos momentos determinantes para a formação de hábitos alimentares saudáveis se encontra na fase da introdução de alimentos complementares, necessitando, então, investigar diferentes métodos que possam ser aplicados durante este período para melhor atendimento nutricional que respeite e se adeque ao perfil do lactente.

O método BLW está conquistando grande espaço como alternativa de alimentação complementar entre pais e nutricionistas. Baseada na proposta de obter a autorregulação durante as refeições, esta estratégia visa diminuir os riscos de obesidade infantil, fator preocupante e presente na população brasileira.

É responsabilidade do nutricionista juntamente com outros profissionais da saúde avaliar individualmente o paciente para depois decidir qual a melhor conduta dietoterápica que deverá ser aplicada. Recomenda-se levar em consideração características do ambiente familiar, além das necessidades nutricionais do bebê. O método pode gerar ansiedade para os responsáveis pela alimentação da criança por receio da comida não ser suficiente para o desenvolvimento do bebê. Caso essa preocupação se intensifique, o nutricionista deve buscar meios de atenuar esse pensamento.

Apesar de suas vantagens, o método explanado não deve ser adotado para todas e quaisquer crianças, uma vez que o tempo de evolução física necessária para aplicar o BLW varia entre 4 e 7 meses, podendo resultar em sérios problemas de saúde como desnutrição energético-proteica, déficit de altura e deficiência de minerais. A depender do desenvolvimento, pode-se alternar entre os dois métodos, fazendo uso do método convencional nas principais refeições e do método BLW nas secundárias para estimular o consumo e familiarizar o bebê com essa forma de alimentação.

Argumentar que a criança está ingerindo menos calorias quando se alimenta sozinha pode ser precipitado, visto que, dependendo da forma de preparo e composição, purês podem possuir menor densidade energética comparando com alimentos sólidos. Uma maneira de diminuir esse medo, fazendo uso do método, seria ofertando um alimento hipercalórico durante as refeições acompanhado de alimentos hipocalóricos, cortados em forma de palito. Os alimentos que devem ser oferecidos

devem seguir a rotina familiar, desde que os hábitos sejam saudáveis. Priorizam-se legumes, frutas e proteínas com baixo teor de gordura saturada, e limita-se o consumo de carboidratos simples e produtos processados e ultraprocessados.

Mais estudos longitudinais devem ser feitos para comprovar a real eficácia da metodologia BLW, suas influências nas escolhas alimentares da criança e definir suas limitações com maior segurança, contribuindo para sua aplicação com menores riscos.

REFERÊNCIAS

AGOSTONI, Carlo et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 46, n. 1, p. 99-110, 2008.

ARDEN, Madelynn A.; ABBOTT, Rachel L. Experiences of baby-led weaning: trust, control and renegotiation. **Maternal & child nutrition**, v. 11, n. 4, p. 829-844, 2015.

BLACK, Maureen M.; ABOUD, Frances E. Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting–3. **The Journal of nutrition**, v. 141, n. 3, p. 490-494, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dez Passos para uma Alimentação Saudável. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Ministério da Saúde/OPAS. Brasília. 2013. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/images/arquivos/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf> Acesso em: 4 de setembro de 2017.

BROWN, A. No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or tradicional spoon-feeding approach. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**. 2017.

BROWN, Amy; LEE, Michelle. Maternal control of child feeding during the weaning period: differences between mothers following a baby-led or standard weaning approach. **Maternal and child health journal**, v. 15, n. 8, p. 1265-1271, 2011.

CAMERON, Sonya L.; HEATH, Anne-Louise M.; TAYLOR, Rachael W. How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. **Nutrients**, v. 4, n. 11, p. 1575-1609, 2012a.

CAMERON, Sonya L.; TAYLOR, Rachael W.; HEATH, Anne-Louise M. Development and pilot testing of Baby-Led Introduction to SolidS-a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron deficiency, growth faltering and choking. **BMC pediatrics**, v. 15, n. 1, p. 99, 2015.

CAMERON, Sonya Lynne; HEATH, Anne-Louise Mary; TAYLOR, Rachael Waring. Healthcare professionals' and mothers' knowledge of, attitudes to and experiences with, baby-led weaning: a content analysis study. **BMJ open**, v. 2, n. 6, p. e001542, 2012b.

CARLETTI, Claudia et al. Introduction of Complementary Foods in a Cohort of Infants in Northeast Italy: Do Parents Comply with WHO Recommendations?. **Nutrients**, v. 9, n. 1, p. 34, 2017.

CIENTÍFICO, Conselho; NOGUEIRA-DE-ALMEIDA, Carlos Alberto. **A Alimentação Complementar e o Método BLW (Baby-Led Weaning)**. 2017.

GROSS, Rachel S. et al. Maternal controlling feeding styles during early infancy. **Clinical pediatrics**, v. 50, n. 12, p. 1125-1133, 2011.

MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia; RAYMOND, Janice L. **Krause, alimentos, nutrição & dietoterapia**. Elsevier, 2013.

MORISON, Brittany J. et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6–8 months. **BMJ open**, v. 6, n. 5, p. e010665, 2016.

PRESCOTT, Susan L. et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. **Pediatric Allergy and Immunology**, v. 19, n. 5, p. 375-380, 2008.

RAPLEY, Gill; MURKETT, Tracey. **Baby-led Weaning**: Helping your baby to love good food. 1. ed. London: Vermilion, 2008. 192 p. v. 1

WORLD HEALTH ORGANIZATION - OMS. **Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Genebra. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/>> Acesso em: 28 de agosto de 2017.